

# 実習施設の概要(病院)

記入日 H 年 月 日

施設コード	都県名：							
施設名	旧施設名等：							
	病院長名：							
所在地	〒							
TEL		病床数	床	病棟数	棟	院外処方箋 発行率	%	
薬剤部・ 科長名	薬剤 (部・科・ )			薬剤師数	・常勤 名 ・非常勤 名	認定指導 薬剤師数	・常勤 名	
認定指導 薬剤師 責任者名	(認定No. )							
代表的疾患 の実習[可否]	がん	高血圧	糖尿病	心疾患	脳血管障害	精神神経 疾患	免疫・アレ ルギー疾患	感染症
参加・体験 できない実 習内容							全薬剤師の実務実習への 積極的な参加[有無]	
実施業務内 容 [有無]	1.地域連携 (地域の他の薬局,医療機関等)		2. 薬剤管理指導業務実施		3. 病棟薬剤業務実施		4.備考	
障害のある 学生の受入 [可否]	車イス		聴覚障害者		その他：			